

University of Groningen

Urologie

Nijman, J.M.

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Nijman, J. M. (2005). *Urologie: balanceren tussen uitersten*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

'Urologie: balanceren tussen uitersten'

Rede

**Uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt
van hoogleraar Heelkunde, in het bijzonder de urologie
aan de Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 8 maart 2005
door
Dr. J.M. Nijman**

Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,
Op 5 april 1655 vond er een zeer opzienbaarlijke gebeurtenis plaats. Gekweld door ondraaglijke pijn, veroorzaakt door een blaassteen, greep de Amsterdamse ijzersmid Jan de Doot die dag naar een zelfgemaakt mes en verwijderde eigenhandig de steen, groter dan een kippenei. Tot ieders verwondering genas de wond voorspoedig. Jan de Doot liet deze succesvolle operatie niet alleen vastleggen in een notariële acte, maar ook op een schilderij, dat te zien is in het Anatomisch Museum te Leiden. Een kleurrijk verslag van deze operatie werd opgetekend door Nicolaes Tulp in zijn 'Observationes Medicae' in 1652.

Jan de Doot was al tweemaal eerder onder het mes geweest: hij was niet van plan zich te onderwerpen aan de beulse wreedheid van de steensnijder, en besloot het zelf te doen.

Het valt niet te ontkennen dat de eerste urologische operaties voornamelijk met stenen in de urinewegen te maken hadden.

Er was natuurlijk geen anesthesie en röntgenfoto's evenmin: men benaderde de blaas in eerste instantie via het perineum op geleide van een steensonde die via de plasbuis in de blaas was gebracht. De diagnose blaassteen werd met de sonde gesteld: het krassende geluid was overtuigend bewijs. Uit de vroege fase weten we weinig: de meeste steensnijders waren analfabeet. Zodra de operatie achter de rug was verlieten ze spoorlags het dorp, zodat ze voldoende ver weg waren als de complicaties, niet zelden de dood, duidelijk werden.

Pas later, toen de techniek werd verfijnd werden de resultaten beter. Een bekend voorbeeld is de Fransman Frère Jacques De Beaulieu, een Franciscaner monnik in de tweede helft van de 17^e eeuw: hij werd een expert en mocht zelfs in 1698 in het Charité in Parijs een aantal operaties demonstreren. De chirurgen in die dagen hadden

geen goed woord over voor de steensnijders: ook Frère Jacques moest Parijs verlaten en is later verarmd en onbekend overleden. De geschiedenis van de urologie kent veel van dit soort verhalen en gaat al vele eeuwen terug. De moderne urologie dateert uit de 19^e eeuw en vindt zijn oorsprong in Frankrijk. In Nederland is de geschiedenis van recenter datum: de Nederlandse Vereniging voor Urologie werd in 1908 opgericht: bijna 100 jaar geleden.

Om een indruk te geven van de moderne urologie wil ik u meenemen op een tocht door de urinewegen: we beginnen kort na de bevruchting en zullen uiteindelijk in de nadagen van ons bestaan aankomen.

Enkele dagen na de bevruchting zijn alle ingrediënten reeds aanwezig voor de vorming van een compleet individu, al zou je daar op dat moment je vraagtekens bij kunnen zetten. De vorming van de toekomstige urinewegen, de nieren, de blaas en de geslachtsorganen is ingewikkeld en we weten er eigenlijk nog weinig van.

In die vroege fase is er nog geen duidelijk verschil tussen het mannelijk en vrouwelijk geslacht, pas na een week of 6 beginnen de verschillen duidelijker te worden. Bij de bevruchting is natuurlijk al bepaald wat genetisch geslacht zal worden, maar of dat overeen zal komen met het uiteindelijke resultaat is afhankelijk van een groot aantal factoren. Al deze factoren zijn enerzijds afhankelijk van elkaar, maar anderzijds beïnvloeden ze elkaar ook in sterke mate en er is sprake van een constante wisselwerking. Opmerkelijk is dat bij soms minieme afwijkingen, die erfelijk bepaald kunnen zijn, het genetisch bepaalde geslacht niet meer overeenkomt met het fenotype.

We spreken dan van interseks of een ambigue genitaal.

Het verschil tussen de twee uitersten: een jongen of een meisje met alles erop en eraan is soms terug te voeren op een minimale vergissing. Balanceren tussen uitersten lijkt een contradictio interminus, maar is hierop zeker van toepassing.

De productie van het mannelijke geslachtshormoon testosteron speelt hierin een heel belangrijke rol: het wordt door een enzym (5 alpha reductase type 2) omgezet in Dihydrotestosteron dat een nog belangrijker rol speelt bij de uitgroei van de typisch mannelijke geslachtorganen. Wanneer echter door een genetisch defect het eindorgaan, zoals de penis en de prostaat ongevoelig zijn voor de effecten van deze hormonen, zal een vaak normale vrouw ontstaan, zij het dat ze geen baarmoeder en eierstokken heeft,

dus onvruchtbaar is. We spreken dan van een androgeen ongevoeligheid syndroom.

Omdat ook de hersenen en de overige organen niet of sterk verminderd reageren op het mannelijke geslachtshormoon, voelen ze zich vrouw, gedragen zich als vrouw en presteren als een vrouw. Tot grote ontstentenis werden ze echter vaak toch als man beschouwd en volledig ten onrechte uitgesloten van bepaalde sportieve evenementen, tot aan de Olympische Spelen toe. Door onderzoek en het doorbreken van een duidelijk taboe, is nu veel meer begrip aanwezig en de behandeling en begeleiding van deze kinderen de laatste jaren aangepast en verbeterd.

Een van de onderdelen van de urologie, in het bijzonder de kinderurologie houdt zich bezig met kinderen die geboren worden met een onduidelijk geslacht. Wanneer direct na de geboorte al duidelijk is dat er sprake is van een zogenaamd ambigue genitaal, dan dient diagnostiek te worden ingezet om op zo kort mogelijke termijn antwoorden te kunnen geven op de vragen van de ouders, die natuurlijk willen weten of het een jongetje of een meisje is. Dit vereist veel ervaring en de aanwezigheid van een team van deskundigen, waarin naast de kinderuroloog, kinderarts, kinderendocrinoloog, geneticus, kinderchirurg, gynaecoloog, radioloog, psycholoog en maatschappelijk werker participeren. We mogen ons gelukkig prijzen dat een dergelijk team van enthousiaste collegae hier functioneert.

In dezelfde periode dat de geslachtsorganen worden gevormd, ontstaan ook de nieren en wordt een begin gemaakt met de scheiding van blaas en rectum, die nog enige weken één holte vormen.

De eerste urine wordt al rond de tiende week na de bevruchting gemaakt en zal via de blaas naar buiten moeten: gelukkig is de urineleider, de verbinding tussen nier en blaas al gevormd en als alles goed is verlopen inmiddels weer tot een open buis geworden.

De aanvankelijk solide structuur tussen nier en blaas wordt door een ingewikkeld proces, dat we geplande celdood noemen of apoptose, weer tot een holle buis. Dit proces verloopt vrij snel van de nier naar beneden tot de blaas wordt bereikt. U kunt zich voorstellen dat wanneer dit proces vertraagd is, de urine niet onbelemmerd naar de blaas kan en de nier zal gaan uitzetten. Dit fenomeen van uitzetting kan door middel van echoscopie in de zwangerschap al worden waargenomen. Toen in de jaren tachtig van de vorige eeuw de

echoscopie op ruime schaal werd toegepast, werden veel afwijkingen van de urinewegen tijdens de zwangerschap ontdekt. Op dat moment was er weinig ervaring en kennis en werden veel kinderen onderworpen aan, naar nu blijkt vaak onnodig onderzoek en behandeling. Immers, een uitgezette nier betekende dat er een obstructie in het afvoersysteem aanwezig was, een obstructie zou op termijn nierfunctie verlies beteken en dus werden deze kinderen al snel na de geboorte onderworpen aan een operatie om het probleem te verhelpen. Vaak bleek bij de operatie dat er weliswaar sprake was van een uitgezette nier, maar dat er eigenlijk geen echte obstructie was. Inmiddels weten we dat bij de meerderheid van deze kinderen sprake is geweest van een vertraagde doorgankelijkheid van de ureter en dat met wat geduld dit probleem zich ook vanzelf wel zal oplossen. Door het natuurlijk beloop van deze aandoeningen te bestuderen, en de aandoeningen in het proefdiermodel na te bootsen is het beleid, nu zo'n 20 jaar later totaal veranderd.

Wanneer de obstructie beide nieren betreft kan er geen of maar heel weinig urine in de blaas komen en worden uitgeplast: er zal geen of weinig vruchtwater zichtbaar zijn op de echo, en de vooruitzichten voor kinderen die hiermee te maken hebben is in het algemeen slecht. Meer dan 90 procent van het vruchtwater is afkomstig uit de nieren: we zwemmen dus als ongeborene enkele maanden in onze eigen urine. We drinken het ook op: wanneer er een obstructie ergens in de darmen zit, kunnen we het niet drinken en zal er een teveel aan vruchtwater ontstaan.

Het ontbreken van vruchtwater heeft verregaande gevolgen: in het vruchtwater zitten stoffen die noodzakelijk zijn voor een normale ontwikkeling van de longen. Bij ontbreken van vruchtwater kan bijvoorbeeld hypoplasie van de longen ontstaan, hetgeen na de geboorte tot het overlijden van het kind kan leiden.

Goed functionerende nieren zijn dus al voor de geboorte van essentieel belang. Een van de ernstigste aangeboren afwijkingen is de aanwezigheid van een enkele cellaag dun vliesje in de plasbuis bij de jongen: zogenaamde urethraleppen. De behandeling bestaat uit het insnijden van dit vliesje, en het is elke keer weer indrukwekkend dat een dergelijk minimale afwijking tot volledige destructie van de nieren en de blaas kan leiden. Ook hier is het balanceren tussen uitersten.

Het antenataal opsporen van deze aandoening is sinds 20 jaar goed mogelijk, maar dit heeft nog niet geresulteerd in significante

verbeteringen van de prognose op langere termijn. Door verbeterde intensieve zorg is de kans op overlijden van zo'n 40 procent, nog geen 25 jaar geleden verminderd naar enkele procenten, maar toch blijkt met alle kennis en technische mogelijkheden het percentage kinderen dat uiteindelijk in aanmerking komt voor nierfunctievervangende behandeling zoals dialyse en niertransplantatie nog steeds ruim 25 procent te bedragen. Ook interventies tijdens de zwangerschap hebben niet geleid tot een betere prognose. Verder onderzoek, met name naar de functionele veranderingen van de blaas zal mogelijk antwoorden geven op de nog vele open vragen.

Ook hier speelt de kinderuuroloog, samen met de kindernefroloog een belangrijke rol bij de behandeling van kinderen met een aangeboren afwijking.

Wanneer we voor het eerst kennis maken met de buitenwereld gebeurt er in korte tijd heel veel. Met spanning wordt gewacht op de eerste plas: soms duurt dat wel een dag, maar daarna komt het meestal vlot op gang. In het begin is het nog van hoe vaker hoe beter, maar naarmate we ouder worden verandert het verwachtingspatroon van de ouders. Het zou toch wel prettig zijn wanneer overdag die luier af zou kunnen. Kortom er moet begonnen worden met zindelijkheidstraining. Een oud begrip, waarvan eigenlijk niemand precies weet wat het is.

Al voor de geboorte plassen we naar hartelust: wel zo'n 30 keer per dag. Vroeger dachten we dat het voornamelijk een automatische reflex mictie was, maar nu weten we dat al bij hele kleine kinderen sprake is van een zekere mate van betrokkenheid van de hersenen. De controle over het plassen is een heel complex proces: om een en ander in goede banen te leiden is een normaal aangelegde blaas en intact zenuwstelsel noodzakelijk. Bij de geboorte zijn alle structuren weliswaar aanwezig, maar de interactie tussen blaas, autonome zenuwstelsel en de hersenstam en hersenschors is nog verre van volledig. Het zal enige jaren duren voordat alles goed op elkaar is afgesteld.

Als baby is het vanzelfsprekend dat we de plas niet opkunnen houden: we zijn volledig incontinent.

De volgende mijlpaal is het bereiken van continentie overdag en vervolgens ook 's nachts: meestal rond de leeftijd van 3-4 jaar overdag en iets later mag ook de luier 's nachts af. Onderzoek heeft laten zien dat het bereiken van volledige zindelijkheid nu

een aantal maanden later plaatsvindt dan zo'n 20 jaar geleden. Het gebruik van synthetische luiers, gejaagdheid van de ouders, het verdwijnen van de po-stoel, het op een onjuiste wijze aanleren van een normaal plasgedrag kunnen alle hierbij een rol spelen.

Hetzelfde geldt overigens ook voor het zindelijk worden voor ontlasting.

Duidelijk is dat het aantal kinderen dat wordt verwezen met plasklachten de laatste jaren vrij explosief is toegenomen: van alle 7 jarigen is zo'n 15 procent nog niet zindelijk gedurende de nacht en 4 procent is overdag nog incontinent. Bij het ouder worden dalen deze percentages, maar opmerkelijk is dat een half procent van de volwassenen 's nachts nog af en toe incontinent is.

Het zindelijk worden is een uitermate complex gebeuren en het is dan ook niet verwonderlijk dat het soms mis gaat: tussen continent en incontinent zijn zit maar een hele dunne scheidslijn. Balanceren tussen uitersten. Bij het ouder worden, stellen we andere eisen aan het urogenitale stelsel. We worden verliefd en gaan relaties aan. De mannelijke potentie neemt ons in bezit. De zaadlozing is noodzakelijk om ons voort te planten: althans dat was tot voor kort zo.

Als man nemen we een normale erectie en normaal verlopende zaadlozing voor lief, maar ook hierbij geldt weer, net als bij het op een normale manier kunnen urineren, dat er een uitzonderlijke ingewikkeld mechanisme voor nodig is om dat te realiseren.

Mijn eigen promotieonderzoek richtte zich destijds op ejaculatiestoornissen bij mannen die waren behandeld in verband met een tumor van de testis. Over het mechanisme van ejaculatie was destijds weinig bekend, wel wisten we dat door het operatief beschadigen van het autonome zenuwstelsel bij veel van deze patiënten de zaadlozing nadien abnormaal verliep. Opmerkelijk was verder dat de kwaliteit van het zaad meestal al voor de behandeling slecht was, hetgeen in recent onderzoek is bevestigd. Suikerziekte en hart en vaatstoornissen kunnen erectiestoornissen veroorzaken: lange tijd heeft onderzoek hiernaar op een laag pitje gestaan. Pas in het laatste deel van de vorige eeuw is dit volledig veranderd: het bleek mogelijk om erectiestoornissen medicamenteus te behandelen. De farmaceutische industrie raakte geïnteresseerd en er kwam geld beschikbaar om fundamenteel onderzoek te verrichten: binnen onze afdeling werd dit onderzoek uitgevoerd onder leiding van de zeergeleerde van Driel. Inmiddels

heeft behandeling van erectiestoornissen een vaste plaats gekregen in het urologisch programma. Veel patiënten hebben naast hun erectiestoornissen ook andere problemen op seksueel gebied en het is dus niet verwonderlijk dat er een intensieve samenwerking met de afdeling seksuologie onderleiding van de hooggeleerde Weymar Schultz bestaat.

Sinds kort heeft dit geresulteerd in het opzetten van een aparte polikliniek. Ondanks het feit dat veel patiënten met erectiestoornissen goed zijn te behandelen met medicijnen stuit dit in Nederland nog op bezwaren, voornamelijk omdat deze middelen duur zijn en niet worden vergoed. Het is onbegrijpelijk dat voor patiënten met een duidelijk somatische oorzaak van hun problemen geen vergoeding van deze behandeling is geregeld: er zijn weliswaar alternatieven, maar deze zijn voor de meeste patiënten minder aantrekkelijk.

Zoals ik al eerder zei is het continent worden voor urine een complex gebeuren: continent blijven is bovendien voor een groot aantal mensen niet weggelegd. Zo zullen veel vrouwen tijdens en na een zwangerschap problemen gaan ondervinden. Van de oudere vrouwen heeft meer dan 50 procent last van mictiestoornissen en van alle vrouwen wordt volgens sommige studies 1 op de 4 incontinent. Dit percentage loopt bovendien snel op bij het ouder worden. Dat juist vrouwen incontinent worden is niet zo verwonderlijk: ze worden zwanger en daardoor wordt de bekkenbodem, die bij hen voor een belangrijk deel verantwoordelijk is de continentie zwaar op de proef gesteld. Er is een lineaire correlatie tussen het aantal zwangerschappen en de kans op incontinentie bij inspanning, de zogenaamde stressincontinentie. In Nederland kunnen vrouwen tijdens de zwangerschap naar zwangerschapsgymnastiek: een belangrijke zaak om de kans op incontinentie na de zwangerschap te beperken. Het zou echter beter zijn wanneer vrouwen al voor de zwangerschap, bijvoorbeeld als tiener, instructies zouden krijgen om de kwaliteit van hun bekkenbodem te verbeteren. Momenteel bestaat de primaire behandeling van vrouwen met stressincontinentie uit bekkenbodempfysiotherapie. Al zal het niet in alle gevallen tot verdwijnen van de symptomen leiden, een bijkomend voordeel is dat de vrouwen zich veel meer bewust worden van hun bekkenbodem en dat zal bij een eventuele operatieve behandeling van voordeel zijn.

Ook de man is niet gevrijwaard van incontinentie: bij het ouder worden treden veelvuldig klachten op van een overactieve blaas. Het gevoel frequent naar het toilet te moeten gaan en daarbij zelfs urine te verliezen is een veel gehoorde klacht. Vroeger noemden we dat prostatisme, omdat een vergrote prostaatklier als boosdoener werd gezien. Nu weten we dat dat vaak niet het geval is en spreken over lower urinary tract symptoms.

Natuurlijk zal vergroting van de prostaat voor obstructie van de plasbuis kunnen leiden: dit hoort eigenlijk bij het ouder worden. De straal wordt minder en het duurt allemaal wat langer. Maar door de obstructie zal de blaasspier een ander gedrag gaan vertonen: de blaas wordt overactief. En voor zowel mannen als vrouwen is dit eigenlijk een veel groter bezwaar: deze irritatieve mictieklachten uiten zich bijvoorbeeld in het 's nachts 3 tot 5 maal moeten plassen, of overdag om het half uur op zoek naar een toilet. Het vervelende is dat ook na behandeling van de obstructie deze klachten kunnen blijven bestaan: ze zijn als het ware autonoom geworden. Maar er zijn ook andere oorzaken van ernstige mictieklachten die niet berusten op een anatomisch afwijkingen.

Mensen die op het topje van hun tenen moeten lopen om zich staande te houden in deze hectische samenleving, mensen die blootstaan aan stress in hun werk of de thuissituatie en mensen met vroeger opgelopen psychisch trauma, zoals mishandeling en incest kunnen ernstige problemen van hun blaas en ontlasting krijgen. De blaas wordt wel beschouwd als de spiegel van de ziel: het is waar. Chronische pijnklachten van het bekken, de geslachtsorganen en mictieklachten kunnen het resultaat zijn. Vaak gaan deze klachten gepaard met problemen van ontlasting en seksueel functioneren. Niet geheel verwonderlijk als men bedenkt dat tijdens de embryonale ontwikkeling blaas en rectum één geheel hebben gevormd. Ze zijn ontstaan uit hetzelfde weefsel en hebben deels dezelfde zenuw voorziening en ook in de hersenen liggen de gebieden die verantwoordelijk zijn voor de aansturing dicht bij elkaar en bestaan er vele verbindingen tussen deze centra. De laatste jaren is een toenemende wetenschappelijke belangstelling ontstaan voor mensen met dergelijke functionele klachten. De fysiotherapie heeft zich gespecialiseerd op de bekkenbodem en boekt in toenemende mate succes met hun specifieke behandeling. Daarnaast komen er in rap tempo nieuwe

geneesmiddelen beschikbaar die ontwikkeld zijn voor deze groep patiënten.

Toch kunnen ook ogenschijnlijk normale mensen last krijgen van een overactieve blaas, zonder duidelijke oorzaak. De blaas is opgebouwd uit glad spierweefsel dat de neiging heeft spontaan samen te trekken: wanneer dat ongecontroleerd gebeurt zouden we continu kleine beetjes urine verliezen. De blaas moet dus continu worden afgeremd: en hier spelen de hersenen een belangrijke rol. Mogelijk dat deze centrale inhibitie tekort gaat schieten bij het ouder worden en dat de oorzaak van de overactiviteit van de blaas niet zozeer in de blaas zelf gezocht moet worden maar eerder op een hoger niveau. In samenwerking met de afdeling anatomie zal hier verder onderzoek naar gaan plaatsvinden.

Omdat veel van de incontinentie patiënten ook onder behandeling zijn van de gynaecoloog, de neuroloog en de revalidatie arts bestaat er sinds een jaar een werkgroep die de behandeling coördineert. Het begin is er maar er zal nog veel werk moeten worden gedaan om tot een optimale behandeling en begeleiding te komen.

Continent worden, zijn en blijven is een hele opgave. Ook hier balanceren we weer tussen uitersten.

De afgelopen decennia hebben we een absolute toename gezien van het aantal kwaadaardige tumoren van de blaas, de testes en de nieren. Deze toename kan niet alleen worden verklaard door een ouder wordende bevolking: testis tumoren komen overwegend voor bij de jongere volwassene en ook de niertumoren worden in toenemende mate bij jongere patiënten aangetroffen. Ondanks inspanning van een groot aantal toponderzoekers wereldwijd hebben we met uitzondering van de testistumoren geen spectaculaire resultaten geboekt de afgelopen 25 jaar ten aanzien van de genezing van deze tumoren. Wel is de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeterd.

Door de introductie van de minimaal invasieve chirurgie - de laparoscopie - kan een totale verwijdering van de prostaat nu op een voor de patiënt veel minder belastende wijze plaatsvinden. Ook kan al in een vroeg stadium worden vastgesteld of er een recidief tumor aanwezig is door het PSA.

De conventionele technieken zijn vaak onnauwkeurig: zo wordt voor het opsporen van botmetastasen bij een prostaatcarcinoom de botscaan nog als gouden standaard beschouwd. In onze kliniek wordt

nu onderzocht of door het gebruik van de PET scan dergelijke uitzaaiingen eerder opgespoord kunnen worden.

Onderzoek

Kort wil ik even stilstaan bij wellicht de belangrijkste taak van een academische afdeling, namelijk het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Het onderscheidt een academische afdeling van een doorsnee urologische afdeling in een perifeer ziekenhuis.

Al van oudsher had de afdeling urologie, destijds onder Boer, een primair klinische instelling. De nadruk lag bij de patiëntenzorg, daarna kwam het onderwijs en de specialistenopleiding, terwijl het onderzoek hekkensluiter was. Gelukkig is daarin de laatste jaren een kentering opgetreden. Momenteel wordt gewerkt aan twee onderzoekslijnen: die van de rol van de PET scan bij het prostaatcarcinoom onder leiding van de zeergeleerde de Jong en het onderzoek naar mogelijke oorzaken van urine incontinentie in samenwerking met de hooggeleerde Holstege van de afdeling anatomie. Opzetten en uitvoeren van onderzoek kost tijd, zeker wanneer dat fundamenteel wetenschappelijk onderzoek betreft. Er moeten mensen en geld worden vrijgemaakt en deels van buiten het UMCG worden betrokken. De afgelopen periode van economische schaarste maakte dat er niet gemakkelijker op. Gelukkig heerst er binnen de afdeling nu een sfeer waar men beseft dat het niet alleen noodzakelijk is maar ook heel erg leuk is om onderzoek te doen. Wat dat betreft heb ik er alle vertrouwen in dat dat ook gaat lukken.

Patiëntenzorg

Academische patiëntenzorg is meer dan alleen topreferentie zorg: natuurlijke willen we alleen genoegen nemen met het beste. We willen immers bovenaan de top van de gezondheidszorg staan: we waren er altijd trots op tot de beste van Europa en wellicht de wereld te behoren. Op verschillende terreinen zitten er nu barsten in dat bastion: we dreigen achter te gaan lopen. De menselijke drang tot verandering heeft de basis van solidariteit onder het verzekeringsstelsel omver geworpen. De invoering van de DBC's en het door de overheid stimuleren van het opzetten van zelfstandige behandel centra, de ZBC's zullen mogelijk hoogwaardige kennis en ervaring uit de ziekenhuizen wegzuigen en dreigen op termijn de reguliere overblijvende zorg in met name de universitaire medische centra onbetaalbaar te maken. Voor de urologie zullen de privé-

klinieken niet direct een grote invloed hebben. De opzet van deze klinieken is er in eerste instantie opgericht om geld te verdienen, en artsen zijn niet anders dan andere mensen: ze zijn vindigrijk. Het zal hier niet anders gaan dan in de Verenigde Staten en bijvoorbeeld in België, waar dergelijke centra voor een deel hun eigen zorgvraag gaan creëren. Dit heeft voor een deel te maken met kwaliteit van leven. Als voorbeeld een kliniek waar men zich voornamelijk toelegt op het behandelen van patiënten met erectiele dysfunctie (ED) en incontinentie. Uit onderzoek weten we dat een groot aantal patiënten met ED ook lichte of matige mictieklachten heeft. Het is dan wel heel erg verleidelijk om behalve de potentiële stoornis tegelijkertijd iets aan de mictieklachten te gaan doen, alhoewel dat wellicht niet de bedoeling van de patiënt zelf was. Het gevaar bestaat dat dit kostenverhogend zal gaan werken. Wanneer de macro-budgetten niet veranderen zal de schoen al op korte termijn ergens gaan wringen. Dit kan betekenen dat de minister nog meer medische zorg uit het standaardpakket zal halen, zoals dat nu al is gebeurd met de flaporen en de niet-religieuze circumcisie. Een onbegrijpelijke maatregel.

Medische opleiding

Geachte studenten, jullie aanwezigheid op de afdeling maakt ons werk nog boeiender, door jullie vragen en opmerkingen worden we gedwongen continu na te denken over de voorgestelde behandelingen en onderzoeken. Door de veranderingen van het curriculum zijn jullie kort op de afdeling, meer passanten dan actieve medewerkers: ik vind dat enerzijds jammer, aan de andere kant realiseer ik me dat er naast de urologie nog zoveel anders is dat jullie moeten leren.

De artsenopleiding is door de toename van het aantal studenten aan een grote revisie toe: competentiegericht opleiden heet dat nu. Er zullen in de nabije toekomst aan de artsen andere eisen worden gesteld en dat heeft gevolgen voor de opleiding. Helaas heeft er nog nooit goed onderzoek plaatsgevonden om te beoordelen of al die veranderingen in het curriculum hebben geleid tot kwalitatief betere artsen.

De specifieke plaats die de specialismen vroeger in het curriculum innamen is nog verder naar de achtergrond gedrongen, maar het is symbolisch voor de andere kijk op gezondheidszorg. Niet meer de patiënt-arts relatie is toonaangevend: de richting wordt

niet meer door de dokter, maar door de zorgverzekeraars aangegeven. Het is de patiënt die nu in het schier oneindige moeras van de zorg zijn weg moet zien te vinden. Ook voor de huidige generatie artsen en specialisten zal het moeite kosten opnieuw de juiste balans te vinden. Waren we op weg de balans in de aanbod gestuurde zorg te vinden, we moeten nu weer overschakelen naar de vraaggestuurde vraag. Dit vraagt veel flexibiliteit van allen die in de zorg werkzaam zijn en niet in de laatste plaats van de patiënt. Deze laatste stond centraal en zal in de toekomst dat ook willen en moeten blijven. We moeten ervoor waken dat de menselijke kant van de zorg die nu al vaak ver te zoeken is niet helemaal uit beeld verdwijnt: weg bezuinigd en door efficiëntie uit de dagelijkse zorg verdwenen. Echte zorg is niet in tijd uit te drukken, laat staan in geld. Urologische problemen komen veelvuldig voor in de algemene huisartsen praktijk: door de toename van de gemiddelde leeftijd zal dat alleen maar toenemen. Dit betekent dat daar in de opleiding van artsen in het algemeen ruim aandacht aan moet worden besteed. In het Groninger curriculum komt de urologie redelijk aan haar trekken, maar het kan natuurlijk altijd beter. Een aantal zaken kunnen heel goed uit de boeken worden gehaald, maar daarnaast biedt het moderne specialisme een groot aantal aspecten die je moet hebben gezien en liefst zelf hebben gedaan. Moderne onderwijs methodes staan de student van nu ter beschikking: het kost echter allemaal wel tijd om je bepaalde zaken eigen te maken. Door de druk van buiten om opleidingen in te korten, komt het totaal pakket onder druk te staan. Dit geldt zowel voor de medische opleiding als de specialisten opleiding.

Specialistenopleiding

Geachte assistenten,

Jullie zijn af en toe de spil van de afdeling. In korte tijd moeten jullie je vele aspecten van het vakgebied eigen maken. Er komt druk om de opleidingsduur te bekorten en naast vaktechnische en vakinhoudelijke zaken moeten er ook competenties, die we vroeger impliciet achten, worden aangeleerd en geoefend: ik maak me zorgen of dit in een kortere opleidingsduur en een kortere werkweek allemaal wel zal gaan. Het is ook zeer de vraag of dat nog wel nodig is.

De momenten op de werkvloer, de operatiekamers, het functiecentrum en aan het bed van de patiënt zijn de afgelopen jaren

steeds verder gereduceerd. Er heeft een verschuiving van taken plaatsgevonden en daarmee soms ook van verantwoordelijkheidsgevoel: de balans tussen goed opleiden en een goede dokter kunnen zijn lijkt te zijn verstoord.

Zolang we de patiënt op de eerste plaats zetten en onze eigen prioriteiten daaraan ondergeschikt maken zal het allemaal wel goed komen.

Daarnaast moeten jullie leren een antwoord te geven op de vraag 'of alles dat kan, ook wel moet'. Juist in deze tijd van hoogwaardige technologie en onbegrensde mogelijkheden is het belangrijk de patiënt als mens centraal te stellen en je de vraag te stellen welke behandeling is voor deze patiënt de beste en het meest geëigend.

Ook niets doen kan dan een hele valide optie zijn: dat is moeilijk aan te leren. Ervaringen met patiënten, levenservaring en een goede dosis boerenverstand zijn hiertoe een eerste vereiste. Blijf met beide benen op de grond staan.

De opleiding in Groningen is sterk praktisch gericht en vindt min of meer modulair plaats: gekoppeld aan een specialist worden diverse stages doorlopen. Echt op maat gesneden is de opleiding nog niet, en vele niet vakinhoudelijke aspecten komen nog onvoldoende aan bod. In samenwerking met andere specialismen zullen we hieraan op korte termijn inhoud moeten gaan geven en het licht voor de hand dit in clusterverband te gaan organiseren.

In de toekomst zal er meer tijd in het skillslab moeten worden doorgebracht: we zijn in de gelukkige positie dat de Raad van Bestuur van het UMCG nieuwe ontwikkelingen op dit gebied met verve ondersteunt. Pas wanneer voldoende ervaring is opgedaan met het uitvoeren van bepaalde procedures in computer gestuurde modellen (virtual reality) zal de procedure kunnen worden uitgevoerd bij de patiënt. Ook wij als opleiders zullen aan een dergelijke situatie moeten wennen.

Daarnaast zullen we meer moeten toetsen: de invoering van een specialistisch examen lijkt een voor de hand liggende volgende stap. Wat dat betreft lopen we in Nederland achter: traditioneel is het eindoordeel van de opleider beslissend of iemand ingeschreven wordt in het specialistenregister of niet. Met het vervagen van de grenzen binnen Europa zullen we moeten aansluiten bij de ons omringende landen en lijkt invoering van een Europees specialisten examen, zoals dat van de European Board of

Urology een vanzelfsprekende zaak. Het schriftelijk en mondeling examen is inmiddels door 5 landen geaccepteerd als specialisten examen.

Continue toetsing is belangrijk om assistenten en hun opleiders te informeren over hiaten in de opleiding. Het Inservice Examen, ook dit jaar weer door meer dan 700 deelnemers in geheel Europa gedaan, is hier een goed voorbeeld van. Is de opleiding eenmaal met goed gevolg afgerond, dan moeten we blijven. De ontwikkeling van het vakgebied gaat snel en het is een illusie te veronderstellen dat iemand alles kan blijven volgen. Toch zullen onze patiënten van ons verwachten dat we steeds de meest recente en effectieve behandeling zullen adviseren en kunnen effectueren. Continue Medische Educatie, kortweg CME genoemd en professionele ontwikkeling (CPD) zullen een steeds belangrijker rol gaan spelen. Een goed doordacht aanbod van cursussen, workshops en andere nascholingsactiviteiten is hierbij van essentieel belang. Niet alleen in Nederland, maar aangezien de Nederlandse uroloog graag reist, ook in Europa en de rest van de wereld. Registratie van deze activiteiten kan nu worden gefaciliteerd door het EU-ACME: een door de EBU en EAU ontwikkeld systeem.

Slot

Meneer de rector, dames en heren ik heb hierboven maar een paar onderdelen van de urologie besproken. De ontstekingen en de stenen komen door tijdgebrek niet aan de orde. Ach, door de steenvergruizer en de endourologie is het steenlijden ogenschijnlijk ook een minder groot probleem geworden. In Nederland is er ook nauwelijks aandacht voor. Het lijkt meer een probleem van de derde wereld te zijn geworden. In Karachi, Pakistan staan in de kliniek voor Urologie en Transplantatie 3 niersteenvergruizers, die 6 dagen van de week continu draaien. Maar laat u niet misleiden: het steenlijden komt nog steeds veelvuldig voor en het aantal behandelingen is niet minder geworden, wel anders, dan zo'n twintig jaar geleden. De blaassteen waarmee dit verhaal begon is uit de dagelijkse praktijk verdwenen, maar de ongemakken van blaasontstekingen, stricturen en fistels geenszins. Om nog maar niet te spreken van alle neurologische aandoeningen, zoals de hersenbloeding, MS en de ziekte van Parkinson die gepaard kunnen gaan met allerhande urologische problemen.

En wanneer we alle bovenstaande aandoeningen hebben weten te trotseren dan komt er een moment waarop ineens de wereld lijkt in te storten: onze nadagen breken aan.

Allerhande ouderdom kwalen gaan zich aandienen. Onze controle vermindert, of we het willen of niet. De drang tot voortplanten is reeds lang verdwenen, we slapen minder, moeten er 's nachts soms 3 of 4 keer uit om te plassen, overdag halen we het toilet met moeite op tijd. Kortom we zijn weer terug bij af. Ingewikkelde en zorgvuldig getrainde controle mechanismen gaan tekort schieten. De balans is verstoord, het wil gewoon niet meer.

Ik kom nu tot het slot van mijn oratie en wil graag alle medewerkers van de afdelingen urologie hier in Groningen en Rotterdam heel hartelijk danken voor hun geweldige inzet en de plezierige manier van werken. Daarnaast uiteraard ook mijn opleiders en promotores van weleer. Een laatste woord van dank aan de Raad van Bestuur van het UMCG: immers de nieuwe naam is synoniem aan Urologisch Medisch Centrum Groningen. Het feit dat zij de afgelopen weken ruimschoots reclame voor onze afdeling heeft gemaakt, heeft de bereikbaarheid en naamsbekendheid van de afdeling zeker in gunstige zin beïnvloed.

Kiezen voor de geneeskunde is niet altijd gemakkelijk: Frank, Ruud, Kirsten en Marijn jullie hebt alle drie die keuze, vanuit je eigen motivatie gemaakt. Ik ben daar trots op. Nynke heeft nog een paar jaar om een keuze te maken. Voor het evenwicht in ons gezin zou een heel andere richting misschien goed zijn.

Francien, dankzij je ogenschijnlijke onverstoorbaarheid en je rotsvaste geloof in ons gezin heb je altijd zorggedragen voor een heel warm en stabiel thuisfront. Zonder dat hadden we hier nu niet gezeten.

Ik heb gezegd.